

初診料、再診料、外来診療料、 オンライン診療料

初診料 **改**

288点

初診料は、初めて診察が行われた日に算定します。同一医療機関で同一日に他の傷病について別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点を算定できます。

なお、今回の改定では、2019年1月から凍結されていた**妊婦加算が正式に廃止**となっています。

▶ 機能強化加算 **改** **届**

80点

専門医療機関への受診の要否などを含めた、初診時におけるかかりつけ医機能を評価した加算です。初診料だけではなく、小児かかりつけ診療料の初診時にも算定可能です。

今回の改定では、患者や地域住民へのかかりつけ機能のいっそうの周知を図る観点から、施設基準における**院内掲示の要件の見直し**などが行われています。

【主な施設基準】

- ・診療所又は許可病床200床未満の病院である
- ・地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）、施設入居時等医学総合管理料（同）のいずれかの届出
- ・地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び**必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介**を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示している
- ・医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等の地域の医療機関を検索できることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示している
- ・掲示内容を記載した文書を院内の見やすい場所に置き、患者が持ち帰ることができるようにする。また、患者の求めがあった場合には、当該文書を交付する

再診料 **改**

73点

再診料は診療所及び一般病床200床未満の病院で、初診以外の診療が行われた場合に算定します。同一医療機関において同一日に複数の診療科を再診受診した場合は、2つ目の診療科に限り37点を算定できます。

今回の改定では、**地域包括診療加算の一部要件の緩和**などが行われています。また、これまで電話再診の

際は「医学管理等」は算定できない扱いでしたが、**急病等の患者に次の救急医療機関等への受診を指示した上で、指示を行った日に受診先医療機関に診療情報を提供した場合は、診療情報提供料（I）が算定できる**ようになりました。

【急病等の患者の電話等による再診時に診療情報提供料（I）が算定可能となる情報提供先】

- ・地域医療支援病院
- ・救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
- ・病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

▶ 時間外対応加算1 **届**

5点

▶ 時間外対応加算2 **届**

3点

▶ 時間外対応加算3 **届**

1点

診療所において、夜間・休日の問い合わせや診療に対応する体制を評価しています。「1」は自院単独で常時対応できる体制、「2」は準夜帯は自院で対応、「3」は複数の診療所の連携によって対応する場合があります。

▶ 明細書発行体制等加算

1点

診療所のみを対象とした加算です。レセプトオンライン請求又は電子媒体請求を行っている診療所で、明細書を無料発行している場合に加算できます。

▶ 外来管理加算

52点

慢性疼痛疾患管理、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療、別に定められた検査を行わずに、計画的な医学管理を行った場合、再診料に加算できます。

▶ 地域包括診療加算1 **改** **届**

25点

▶ 地域包括診療加算2 **改** **届**

18点

主治医の機能を評価した加算です。診療所のみが対象で、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち、2つ以上（疑いは除く）の疾患を有する患者に対し、主治医が療養上の指導や服薬管理、健康管理、介護保険への対応、在宅医療の提供と24時間対応などを行っている場合に算定できます（主な算定要件等は10頁参照）。また、同加算を算定している患者は、7種類以

上の内服薬の投薬時における減算の対象外となります。

所定の要件を満たせば、薬剤適正使用連携加算（11頁参照）がさらに加算できます。

今回の改定では、いずれか1つを満たすこととされていた3つの要件のうち、**時間外対応加算については、1、2、3のいずれの届出でもよいことになりました。**

▶ 認知症地域包括診療加算1 35点

▶ 認知症地域包括診療加算2 28点

認知症患者に対する主治医機能を評価した診療所のみの加算です。地域包括診療加算の「認知症版」とも言え、同加算の届出を行っている医療機関が対象です。

「認知症以外に1以上の疾患を有する患者（疑いを除く）」に対し、療養上の指導や診療を行った場合に算定できます（主な算定要件等は11頁参照）。

所定の要件を満たせば、薬剤適正使用連携加算（11頁参照）がさらに加算できます。

外来診療料 **改** 74点

一般病床が200床以上の病院では、再診料ではなく外来診療料を算定します。所定点数には、次の検査や処置が包括されています。同一医療機関において同一日に複数の診療科を再診受診した場合は、2つ目の診療科に限り37点を算定できます。

【外来診療料に包括される検査・処置】

尿中一般物質定性半定量検査／尿中特殊物質定性定量検査／尿沈渣（鏡検法）（フローサイトメトリー法）／糞便検査（カルプロテクチン〔糞便〕を除く）／血液形態・機能検査（HbA1c、TK活性、TdT、骨髓像及び造血器腫瘍細胞抗原検査〔一連につき〕を除く）／創傷処置（100cm²未満のもの及び100cm²以上500cm²未満のもの）／皮膚科軟膏処置（100cm²以上500cm²未満のもの）／膀胱洗浄／腔洗浄／眼処置／睫毛抜去／耳処置／耳管処置／鼻処置／口腔、咽頭処置／間接喉頭鏡下喉頭処置／ネブライザー／超音波ネブライザー／介達牽引／消炎鎮痛等処置

紹介率等による初診料等の減算 **改** **届**

初診料・外来診療料には、紹介率や逆紹介率が一定水準以下の病院を対象にした減算規定があります。今

回の改定では、この減算対象となる病院が「特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院」から「特定機能病院及び地域医療支援病院（**一般病床200床未満を除く**）」に拡大されています（ただし、2020年9月末までは経過措置）。

具体的には、①紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院（**一般病床200床未満を除く**）、②紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の許可病床400床以上の病院（一般病床200床未満の病院は除く）——が減算対象となります。

①、②いずれかに該当する病院で文書による紹介がない患者に初診を行った場合は、初診料が214点（同一医療機関、同一日における2つ目の診療科の場合は107点）に減算され、他医療機関への紹介を申し出たにもかかわらず受診した再診患者の場合は、外来診療料が55点（同27点）に減算されます。

また、これらに該当する病院では一部の薬剤（下記参照）を除き、30日分以上の投薬時の処方料、処方箋料、薬剤料を所定点数の40%で算定する減算措置が設定されています。

【30日分以上投薬時の減算措置から除外される薬剤】

- ①薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合
- ②薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合
- ③薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合
- ④薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全その他の卵巣機能不全に対して用いた場合
- ⑤薬効分類の小分類が合成ビタミンD製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合
- ⑥薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合
- ⑦薬効分類が抗ウイルス剤のもので、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者に対して用いた場合
- ⑧薬効分類が血液製剤類のもので、血友病の者に対して用いた場合
- ⑨薬効分類がその他の腫瘍用薬のもので、慢性骨髄性白血病に対して用いた場合
- ⑩①から⑨までの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、①から⑨までに該当する疾患に対して用いた場合

特定妥結率初診料等 届

許可病床200床以上の病院では、「医療用医薬品の取引価格の妥結率が50%以下」もしくは「妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない」場合には、特定妥結率初診料、同再診料、同外来診療料として、減算措置が設けられています。

減算後の点数は初診料が214点（同一医療機関、同一日における2つ目の診療科の場合は107点）、再診料が54点（同27点）、外来診療料が55点（同27点）となります。

【妥結率・単品単価契約率・一律値引き契約等の扱い】

<妥結率の計算式>

卸売販売業者と当該医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）／当該医療機関において購入された医療用医薬品の薬価総額

<単品単価契約率の計算式>

単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額／卸売販売業者と当該医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

<一律値引き契約に係る状況の取り扱い>

一律値引き契約とは、一定割合以上（次の計算式で5割以上）の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう

（一定割合の計算式）

総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額／卸売販売業者と当該医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

※妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、所定様式により、毎年10月1日から11月末日までに、同年4月1日から9月30日までの期間における実績を地方厚生局へ報告することとし、11月末日までの報告に基づく特定妥結率初診料等は、12月1日から翌年11月末日まで適用

オンライン診療料 改 届 71点（月1回）

ビデオ通話など情報通信機器を活用した診療として、2018年度改定で新設された点数です。今回の改定で

は、対象疾患の追加、事前の対面診療の期間を6カ月から3カ月に短縮、過疎地域などでの要件緩和などの見直しが実施されています。

【主な算定要件】

- ・連続する3カ月は算定できない
- ・初診料、再診料、外来診療料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定月は算定できない
- ・算定可能な患者は次のア～ウの患者で、いずれも最初の診療や指導等から3カ月以上経過し、かつオンライン診療を実施しようとする月の直近3カ月間、毎月対面診療を受けている患者（直近2カ月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く）
 - ア）特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、精神科在宅患者支援管理料の算定対象となる患者
 - イ）在宅自己注射指導管理料を算定している糖尿病、肝疾患（経過が慢性なものに限る）、慢性ウイルス肝炎の患者
 - ウ）事前の対面診療、CT撮影又はMRI撮影及び血液学的検査等の必要な検査を行った上で一次性頭痛であると診断され、病状や治療内容が安定しているが、慢性的な痛みにより日常生活に支障を来すため定期的な通院が必要な患者（以下、頭痛患者）
- ・患者の同意を得た上で、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成する
- ・緊急時には、原則として、当該医療機関が必要な対応を行う。ただし、夜間・休日などやむを得ず対応できない場合は、事前に受診可能な医療機関を患者に説明し、計画の中に記載しておくことで差し支えない
- ・オンライン診療の内容、診療日、診療時間等の要点を診療録に記載する
- ・オンライン診療を行う医師は、オンライン診療料の対象となる管理料等を算定する際に診療した医師又は頭痛患者に対面診療を行った医師と同一のものに限る
- ・厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う
- ・オンライン診療は、当該医療機関内で行う。ただし、医療資源が少ない地域等の医療機関又はへき地医療拠点病院において、当該医療機関で専門的な医療を提供する観点から、オンライン診療料の施設基準を満たし届け出た他の医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、医師の判断により当該他の医療機関内でオンライン診療を行ってもよい。この場合の診療報酬の請求は、医療資源の少ない地域等の医療機関が行い、報酬の分配は相互の合議に委ねる
- ・同一月に医学管理等（別に厚生労働大臣が定めるものは除く）及び在宅療養指導管理料は算定できない
- ・投薬の必要性を認めた場合は、処方料又は処方箋料を別に算定できる。オンライン診療時の投薬は、原則、対面診療時と同一の疾患又は症状に対して行う。ただ

し、医療資源が少ない地域等における診療又は在宅診療の場合で、速やかな受診が困難な患者に対して、発症が容易に予測される症状の変化と対応方針についてあらかじめ診療計画に記載している場合は、医師の判断により、当該症状の変化に対して医薬品を処方しても差し支えない

- ・ 予約に基づく診察による特別料金の徴収はできない
- ・ 情報通信機器の運用に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる
- ・ 診療報酬明細書の摘要欄にオンライン診療料の対象となる管理料等の名称及び算定を開始した年月日又は頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日を記載する
- ・ 頭痛患者に対面診療を最初に行った月から3カ月以上経過していることについて、当該期間は一次性頭痛の診断の確定後の期間であること。なお、初診を行った月は当該期間に含めない
- ・ 無医地区（準ずる地域を含む）において、医師の急病等やむを得ない事情により診療の実施が困難な場合であって、当該医療機関が、同一の二次医療圏に所在するオンライン診療料を届け出ている別の医療機関に依頼し、オンライン診療を用いて初診が行われた場合は、患者1人につき1回に限り算定できる。この場合、報酬の請求は診療を依頼した医療機関で行い、報酬の分配は相互の合議に委ねる

【主な施設基準】

- ・ 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する
- ・ 医療機関内に脳神経外科又は脳神経内科の経験が5年

以上の医師又は頭痛患者に対する情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置（頭痛患者に対してオンライン診療を行う場合に限り）

- ・ 1カ月当たりの再診料、外来診療料、オンライン診療料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定回数に占めるオンライン診療料の算定回数の割合が1割以下

大病院外来受診時の定額負担 改 届

保険外併用療養費制度における選定療養の一つとして、紹介なしで大病院を外来受診した際の定額負担制度があります。他の医療機関からの紹介なしに受診した患者には、初診の場合は5,000円以上（歯科は3,000円以上）を、再診の場合で他の医療機関に対して文書による紹介を行う旨の申し出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者には2,500円以上（歯科は1,500円以上）の金額を徴収することが義務付けられています。

今回の改定では、この対象となる病院が「特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院」から「特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満は除く）」に拡大されました（ただし、自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、6カ月間の経過措置）。

初診料・再診料・外来診療料の時間外・休日・深夜加算一覧

		時間内	時間外	休日	深夜	
初診料 288点	一般	加算	加算なし	+85点	+250点	+480点
		加算後の点数	288点	373点	538点	768点
	6歳未満	加算	+75点	+200点	+365点	+695点
		加算後の点数	363点	488点	653点	983点
再診料 73点	一般	加算	加算なし	+65点	+190点	+420点
		加算後の点数	73点	138点	263点	493点
	6歳未満	加算	+38点	+135点	+260点	+590点
		加算後の点数	111点	208点	333点	663点
外来診療料 74点	一般	加算	加算なし	+65点	+190点	+420点
		加算後の点数	74点	139点	264点	494点
	6歳未満	加算	+38点	+135点	+260点	+590点
		加算後の点数	112点	209点	334点	664点

注1) 時間外とは概ね8時前と18時以降（土曜のみ8時前と正午以降）、休日とは日曜・祝日・振替休日・1月2～3日・12月29～31日、深夜とは概ね22時～翌6時。ただし、これらの時間帯であっても表示診療時間内の場合は、加算は算定できない

注2) 小児科標榜医療機関で夜間等に6歳未満の乳幼児に診療を行った場合、表示診療時間内であっても時間外、休日、深夜加算を算定できる

注3) 時間外特例医療機関が時間外に診療を行った場合は、初診は230点（6歳未満は345点）、再診は180点（6歳未満は250点）を加算し、通常の時間外加算は算定しない

注4) 診療所において表示診療時間内であっても、時間外、休日、深夜に初診・再診を行った場合は、夜間・早朝等加算50点を算定できる